

**Регистрация заявления:
Регистрационный номер**

Ответственный секретарь
приемной комиссии

(присваивается приемной комиссией)

/

**Директору
ГБПОУ ДЗМ «МК № 2»
О.В. Алекперовой**

От

Фамилия _____ Имя _____ Отчество (при наличии) _____ Дата рождения _____ Гражданство _____ Документ, удостоверяющий личность _____ Серия _____ № _____ Дата выдачи _____ Кем выдан _____ _____	Адрес регистрации: по месту жительства _____ _____ по месту пребывания _____ _____ Контактный телефон _____ Email _____ СНИЛС _____
---	---

Заявление

Прошу принять меня на обучение по программе подготовки специалистов среднего звена по специальности **34.02.01 Сестринское дело**, форма обучения – **очная** со сроком обучения **2 года 10 месяцев** тип финансирования – **бюджетная основа** (за счет бюджетных ассигнований бюджета города Москвы)

О себе сообщаю следующее:

Имею базовое образование: **основное общее (9 классов образования)**
документ об образовании: **Аттестат** серия _____ № _____
дата выдачи _____ выдан _____

Индивидуальные достижения: имею / не имею

УВЕДОМЛЕНИЯ И СОГЛАСИЯ	Подпись поступающего
Среднее профессиональное образование по программам подготовки специалистов среднего звена получаю впервые <input type="checkbox"/> , не впервые <input type="checkbox"/>	
С лицензией на право осуществления образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации и Уставом колледжа ознакомлен(-а)	
С Правилами приема на обучение в 2023/2024 учебном году ознакомлен(-а)	
С рекомендованными сроками предоставления оригинала документа об образовании (до 10 августа 2023 года) ознакомлен(-а)	
О необходимости прохождения обязательных предварительных медицинских осмотров (обследований) в порядке, установленном при заключении трудового договора или служебного контракта по соответствующей должности, профессии или специальности по списку специальностей и предоставлении личной медицинской книжки с внесенными в нее результатами пройденного медицинского осмотра уведомлен(-а) и согласен (согласна)	
О необходимости всем лицам, поступающим на обучение в колледж для получения медицинского образования, в обязательном порядке проходить вакцинацию в соответствии с национальным календарем профилактических прививок уведомлен(-а) и согласен (согласна)	
Об обучении по всем адресам при осуществлении образовательной деятельности колледжа (Главный корпус – ул. Ярославская д.17,к.2; Структурное подразделение № 1 – ул. Большая Остроумовская, д.12,к.1; Структурное подразделение № 2 – ул. Барболина, д.3,к.16; Структурное подразделение № 3 – ул. Барболина, д.3,к.14), в соответствии с расписанием учебных занятий, уведомлен(-а) и согласен (согласна)	
Об организации образовательного процесса колледжем по очной форме обучения в две смены (окончание 2-й смены в 19 ч. 10 мин.) при 6-ти дневной учебной неделе уведомлен(-а) и согласен (согласна)	

Дата подачи заявления « _____ » _____ 2023 г. _____ / _____ /
(Подпись, ФИО поступающего)

Фамилия Имя Отчество (последнее при наличии) **родителей/законных представителей (для лиц младше 18-ти лет обязательно к заполнению):**

Отец/Мать: _____
Законный представитель _____

Согласен (согласна) на получение образования по выбранной специальности моего несовершеннолетнего ребенка

Контактный телефон: +7 _____ / _____ /
(Подпись, ФИО родителя/законного представителя)

Технический секретарь приемной комиссии _____ 2023 г. _____ / _____ /